

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

---

1922-1923. — No 73

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE LA PATHOGÉNIE ET DU TRAITEMENT  
DE L'ANUS VULVAIRE

---

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 22 Décembre 1922

PAR

Henry PÉRICAUD

Médecin de 2<sup>e</sup> classe auxiliaire de la Marine

Né à Matha (Charente-Inférieure), le 15 avril 1899

---

|                        |   |                              |                    |                 |
|------------------------|---|------------------------------|--------------------|-----------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. DENUCÉ, professeur ..... | } <i>Président</i> |                 |
|                        |   | • GUYOT, professeur .....    |                    | } <i>Juges.</i> |
|                        |   | ROCHER, agrégé.....          |                    |                 |
|                        |   | DUVERGEY, agrégé.....        |                    |                 |

---

BORDEAUX  
IMPRIMERIE J. BIÈRE  
18-20-22, Rue du Peugue, 18-20-22

---

1922



THÈSE  
POUR  
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

---

1922-1923. — No 73

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE LA PATHOGÉNIE ET DU TRAITEMENT  
DE L'ANUS VULVAIRE

---

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 22 Décembre 1922

PAR

Henry PÉRICAUD

Médecin de 2<sup>e</sup> classe auxiliaire de la Marine

Né à Matha (Charente-Inférieure), le 15 avril 1899

---



|                        |   |                              |                  |
|------------------------|---|------------------------------|------------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. DENUCÉ, professeur ..... | <i>Président</i> |
|                        |   | GUYOT, professeur .....      | <i>Juges.</i>    |
|                        |   | ROCHER, agrégé .....         |                  |
|                        |   | DUVERGEY, agrégé .....       |                  |

---

BORDEAUX  
IMPRIMERIE J. BIÈRE  
18-20-22, Rue du Peugue, 18-20-22

---

1922

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, ..... Doyen

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD

## PROFESSEURS

| MM.                                                    |              | MM.                                                        |              |
|--------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------|--------------|
| Clinique médicale .....                                | ARNOZAN.     | Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ....         | DENUCE.      |
| Clinique chirurgicale.....                             | CASSAET.     | Clinique gynécologique...                                  | BEGOUIN.     |
| Pathologie et thérapeutique générales.....             | CHAVANNAZ.   | Clinique médicale des maladies des enfants.....            | MOUSSOUS     |
| Clinique d'accouchements.                              | VILLAR.      | Chimie biologique et médicale.....                         | DENIGES.     |
| Anatomie pathologique et microscopie clinique....      | CRUCHET.     | Physique pharmaceutique.                                   | SIGALAS.     |
| Anatomie .....                                         | RIVIERE      | Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques..... | LE DANTEC    |
| Anatomie générale et histologie .....                  | SABRAZES.    | Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....        | W. DUBREUILH |
| Physiologie .....                                      | PICQUE.      | Clinique des maladies des voies urinaires.....             | POUSSON.     |
| Hygiène.....                                           | G. DUBREUIL. | Clinique des maladies nerveuses et mentales....            | ABADIE.      |
| Médecine légale et déontologie .....                   | PACHON.      | Clinique d'Oto-rhino-laryngologie...                       | MOURE.       |
| Physique biologique et clinique d'électricité médicale | AUCHE.       | Toxicologie et hygiène appliquée.....                      | BARTHE.      |
| Chimie .....                                           | VERGER.      | Hydrologie thérapeutique et climatologie .....             | SELLIER.     |
| Botanique et matière médicale .....                    | BERGONIÉ.    |                                                            |              |
| Pharmacie .....                                        | CHIELLE.     |                                                            |              |
| Zoologie et parasitologie..                            | BEILLE.      |                                                            |              |
| Médecine expérimentale..                               | DUPOUY.      |                                                            |              |
| Clinique ophtalmologique..                             | MANDOUL.     |                                                            |              |
|                                                        | FERRÉ.       |                                                            |              |
|                                                        | LAGRANGE.    |                                                            |              |

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie)  
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie)

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM.                                        |                     | MM.                      |                         |          |
|--------------------------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------------|----------|
| Anatomie et embryologie.                   | N.                  | {                        | LEURET.                 |          |
| Histologie.....                            | LACOSTE, chargé.    |                          | Médecine générale ..... | DUPERIE. |
| Physiologie .....                          | DELAUNAY.           |                          |                         | CREYX.   |
| Anatomie pathologique.....                 | MURATET.            |                          | MICHELEAU               |          |
| Parasitologie et Sciences naturelles ..... | R. SIGALAS, chargé. | Maladies mentales .....  | PERRENS                 |          |
|                                            | N...                | Médecine légale.....     | LANDE.                  |          |
| Physique biologique et médicale .....      |                     |                          |                         |          |
|                                            | REGGIO.             | Chirurgie générale ..... | ROCHER.                 |          |
| Chimie biologique et médicale .....        |                     |                          | DUVERGER                |          |
|                                            |                     |                          | PAPIN.                  |          |
|                                            | N...                | Obstétrique .....        | PERY.                   |          |
|                                            |                     |                          | FAUGERE.                |          |
|                                            |                     | Ophtalmologie .....      | TEULIERES               |          |
|                                            |                     | Pharmacie .....          | N.                      |          |
| Médecine générale .....                    | MAURIAC.            |                          |                         |          |

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

|                                                                                                                                                            |     |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------|
| Cours de clinique dentaire .....                                                                                                                           | MM. | CAVALIÉ     |
| — complémentaire de médecine opératoire .....                                                                                                              |     | VENOT       |
| — d'accouchements .....                                                                                                                                    |     | FAUGERE.    |
| — d'ophtalmologie .....                                                                                                                                    |     | CABANNES.   |
| — de puériculture.....                                                                                                                                     |     | ANDERODIAS. |
| — de démonstrations et de préparations pharmaceutiques.....                                                                                                |     | LAEAT.      |
| — de chimie .....                                                                                                                                          |     | RANGIER.    |
| — de pathologie interne.....                                                                                                                               |     | CREYX.      |
| — d'orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes annexe de prothèse et rééducation professionnelle..... |     | ROCHER.     |
|                                                                                                                                                            |     | GOURDON     |

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Puissè-je leur rendre en satisfactions la dette de reconnaissance contractée envers eux.*

---

A MON FRÈRE, A MES SŒURS

---

A MON ONCLE ERNEST PÉRICAUD, A MA TANTE

*Auprès desquels j'ai trouvé un second foyer.*

---

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR ROUX

MÉDECIN PRINCIPAL DE LA MARINE

ET DU DOCTEUR GALLAY

MÉDECIN GÉNÉRAL DES TROUPES COLONIALES

*mes oncles, qui m'engagèrent à embrasser cette carrière.*

---

A MON MAÎTRE, LE DOCTEUR H. L. ROCHER

PROFESSEUR AGRÉGÉ

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DES ENFANTS

CHARGÉ DU COURS COMPLÉMENTAIRE D'ORTHOPÉDIE POUR  
ADULTES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

---

A TOUS MES MAÎTRES  
DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT

MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1<sup>re</sup> CLASSE DE LA MARINE  
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE  
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE  
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR  
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

---

A TOUS LES PROFESSEURS  
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

---

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS, A MES CAMARADES

---

A LA MÉMOIRE DE NOS MORTS GLORIEUX

---

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR DENUCÉ  
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET  
D'ORTHOPÉDIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

## AVANT-PROPOS.

---

Au moment d'entrer dans la carrière médicale, qu'il nous soit permis ici de rendre publiquement l'hommage de notre reconnaissance à tous ceux qui nous ont conduit au terme de la vie d'étudiant.

Nous voulons réunir ici en une même pensée tous nos éducateurs, tant moraux qu'intellectuels, afin qu'ils se partagent notre immense gratitude.

Nos parents d'abord, notre sœur aînée qui nous a appris à lire, tous les professeurs à qui fut dévolue la tâche facile d'aider nos études favorites, ou celle plus ardue de vaincre nos aversions.

Les maîtres de la Faculté de Médecine de Bordeaux qui nous ont initié à une petite part de leur art, pendant le temps trop limité que nous avons passé auprès d'eux.

M. le docteur Bellot, médecin général de la marine et tous les professeurs de l'Ecole principale du service de santé de la marine, dont l'autorité bienveillante nous a toujours commandé une respectueuse reconnaissance.

Merci enfin à M. le professeur agrégé Rocher, notre maître, qui a bien voulu nous indiquer le sujet de cette thèse, et à M. le professeur Denucé, qui nous a fait le grand honneur d'en accepter la présidence.

---

## INTRODUCTION.

---

La question très vaste des malformations congénitales de l'anūs, du rectum, et des organes génitaux tant mâles que femelles, et de leur traitement a déjà fait l'objet d'un grand nombre de travaux et l'amplitude du sujet, et sa difficulté nécessitaient la valeur des maîtres, qui s'y sont appliqués.

Notre ambition n'est pas de vouloir embrasser un si vaste champ d'études, et nous nous bornerons dans cet opuscule, après avoir donné un aperçu de la formation embryologique du rectum, du vagin, des organes génitaux externes de la femme, du périnée et de l'anūs, et étudié le mécanisme de leurs malformations, et en particulier de l'anūs vulvaire, à passer en revue les principaux procédés opératoires employés jusqu'à ce jour pour corriger cette infirmité. Tirant enseignement de ces méthodes empruntées à des maîtres de la chirurgie nous les discuterons, et glanant dans ces différents manuels opératoires les techniques qui nous auront séduites, nous nous efforcerons, par une adaptation aux conditions particulièrement favorables dans lesquelles nous placent les connaissances chirurgicales et les moyens thérapeutiques d'acquisition récente, de fixer exactement un *modus operandi* permettant d'obtenir un anus en situation normale et de fonctionnement satisfaisant chez des malades atteintes d'abouchement anormal congénital du rectum à la vulve en général, et, plus particulièrement chez celles où un orifice périnéal aurait déjà été pratiqué pour parer aux plus urgents inconvénients de la malformation précitée, dans la première enfance des malades,

Deux observations inédites, dues à l'obligeance de notre maître, le professeur Rocher, viendront par leur exemple, concrétiser notre travail ; l'une de ces observations comprend le protocole de l'opération instituée par notre maître, et dont nous proposons la technique au cours de notre travail, qui sera présenté comme suit :

I. Un chapitre sur l'étude embryologique normale et pathologique de la région ano-recto-vulvaire.

II. Un chapitre sur différents procédés opératoires employés jusqu'à ce jour pour réparer l'abouchement anormal du rectum à la vulve.

III. Un chapitre dans lequel nous discuterons les méthodes précitées, et en proposerons une nouvelle.

IV. Un chapitre comprenant deux observations inédites de malades en traitement dans le service de notre maître le docteur Rocher, chirurgien de l'Hôpital-Hospice des enfants.

V. Un chapitre réservé aux conclusions.

Quatre dessins originaux illustrent notre texte.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### **Etude embryologique normale et pathologique de la région ano-recto-vulvaire**

Tout à fait au début de la formation de l'embryon, vers le douzième jour chez l'homme, au moment où le disque embryonnaire s'incurve à ses deux extrémités; prenant la forme d'une nacelle, ont lieu au pôle caudal de l'embryon les transformations par lesquelles s'ébauche la zone urogénitale.

A ce moment, en même temps, que le canal neureutérique disparaît, l'intestin terminal forme un cul-de-sac qui émet deux prolongements. L'un antérieur l'allantoïde s'accôle à l'ébauche de la paroi abdominale jusqu'à l'ombilic où il devient extra-embryonnaire.

Ce pédicule allantoïdien par l'atrophie de sa partie supérieure et le renflement en vésicule de sa partie moyenne donnera l'ouraque et la vessie tandis que sa partie juxta-cloacale deviendra l'urètre postérieur ou membraneux chez l'homme, l'urètre entier chez la femme.

Quand au prolongement postérieur ou intestin post-anal son avenir est limité; sa disparition est complète chez l'embryon de 30 millimètres c'est-à-dire vers le soixantième jour de la vie embryonnaire chez l'homme.

Le carrefour commun à ces prolongements porte le nom de cloaque. Il reçoit de plus dans sa partie supéro-postérieure les deux canaux de Wolff, bientôt doublés des canaux de Müller ébauches des organes génitaux internes femelles.

Le cloaque est limité en bas et en avant par la membrane cloacale, épaissement épithélial formé de l'entoderme et de l'ectoderme simplement accolés d'après Strahl, mais entre lesquels Tourneux voit une lame mésodermique.

Étudions maintenant les modifications qui surviennent dans la morphologie du cloaque et de la membrane cloacale.

Le cloaque est le siège de cloisonnements que l'on explique de la façon suivante. La limite de séparation du tractus intestinal et de l'allandoïde forme un repli ou *éperon périnéal*, qui s'abaissant jusqu'à la membrane cloacale délimite ainsi deux cavités, l'une postérieure, le rectum, l'autre antérieure, le sinus-urogénital, destiné à d'autres transformations. Ce cloisonnement commence chez l'embryon de 5 millimètres, c'est-à-dire à peu près au trente-cinquième jour de la vie fœtale. Il est achevé chez l'embryon de 16 millimètres. A son tour, le sinus urogénital, subissant un cloisonnement, se divise en deux compartiments.

Nous avons donc deux cloisons délimitant trois conduits; ce sont — du moins chez la femme — en allant d'avant en arrière, les ébauches des organes suivants : urètre, vagin, hymen et vestibule du vagin, rectum.

Concomitamment avec ces cloisonnements, la membrane cloacale prolifère et devient le *bouchon cloacal* (Tourneux). Il subit les modifications suivantes: La partie située en correspondance avec le sinus urogénital s'épaissit et devient le bouchon urogénital; la partie postérieure, au contraire, ou bouchon anal, s'amincit. Bientôt vers le quarante-cinquième jour, ces bouchons sont le siège de désagréations cellulaires, d'abord lacunaires, puis organisées l'une en fente urogénitale à direction antero-postérieure, l'autre en perforation anale (cinquante-troisième jour).

Mais la formation de l'anus poursuit d'autre part une évolution qui lui est propre. La région dont le bouchon cloacal occupe le centre porte le nom d'*éminence cloacale*.

On y distingue, en arrière, le sillon sous-caudal, latéralement les replis génitaux, en avant le tubercule génital. Au moment

où le cloaque se divise, la cloison recto-urogénitale dans sa descente vient rencontrer le bouchon cloacal, et le pénétre, déterminant en regard une saillie, le bourrelet préanal, de forme semi-circulaire, et dont les extrémités, s'allongeant de part et d'autre de la fente urogénitale, en formeront les lèvres. Ce bourrelet préanal, pénétré ainsi par l'éperon périnéal, s'éverse au dehors, et par son développement donne le périnée. La scissure urogénitale, qui chez la femme ne s'oblitére pas complètement, formera la vulve.

Plus en arrière encore, après la membrane anale, le bourrelet post-anal forme une courbe à concavité antérieure qui, soudant ses extrémités au bourrelet pré-anal délimite une cavité de forme circulaire, l'anus. Cette formation, dérivant de l'ectoderme, porte le nom de proctodœum. L'anus marche en quelque sorte à la rencontre de l'ampoule rectale.

Il convient maintenant de dire quelques mots de la formation des sphincters, et plus généralement des muscles du périnée chez la femme.

Ceux-ci, à l'encontre des muscles du tronc qui dérivent des protovertèbres ou myotomes se forment aux dépens d'une organisation locale qui existe à un certain stade sous forme de sphincter du cloaque. Ce sphincter, de forme circulaire que l'on observe chez l'embryon humain au deuxième mois d'après Popowski, se transforme au moment du cloisonnement du cloaque. Il figure à ce moment un huit de chiffre, manifeste surtout chez l'embryon femelle, la boucle antérieure étant le sphincter du sinus urogénital. Les muscles superficiels du périnée en dérivent (Transverse, Ischio et bulbo caverneux, muscle de Guthrie). La boucle postérieure donne le sphincter interne de l'anus. D'autres fibres, circonscrivant le tout, donnent le releveur. Enfin, le sphincter externe a son origine distincte dans les bourrelets périanaux.

Nous arrivons maintenant, après l'étude des formations normales, à celle des formations vicieuses, et là, les sources de renseignements sont rares, et vite taries. La pathologie de l'embryon a été peu étudiée et est encore mal connue. Quoi

qu'il en soit, il est assez simple de s'imaginer par quels défauts de développement peuvent se produire les diverses malformations que l'on observe dans cette région. Celle qui nous intéresse et qui consiste en une atrésie anale doublée anatomiquement, ou compensée, fonctionnellement, par la communication recto-vaginale, porte ordinairement le nom d'anūs vulvaire. Sans vouloir rejeter ce terme, consacré par l'usage, nous nous permettrons de faire remarquer son impropriété. L'ouverture anormale du rectum à la vulve n'est pas un anus, mais plutôt une fistule recto-vaginaire, l'anūs pouvant exister par ailleurs, dérivant d'une formation qui lui est propre. L'ouverture vulvaire n'est un anus qu'au point de vue fonctionnel, et si, dans notre titre et dans le cours de notre texte nous employons le terme d'anūs vulvaire ce n'est qu'après l'explication que nous avons cru devoir en donner.

Le défaut de coalescence de l'éperon périnéal avec le bouchon cloacal, le défaut de perforation du bouchon anal sont les mécanismes qui expliquent la double malformation qui nous occupe. Normalement, le cloisonnement du cloaque et l'arrivée du bord inférieur de l'éperon périnéal au contact du bouchon cloacal, se placent, en date, avant la soudure partielle des plis anogénitaux. Supposons le trouble suivant : L'arrivée du bord libre de la cloison subit un retard et n'a lieu qu'après que la soudure des plis génitaux s'est déjà effectuée. D'autre part, cette soudure médiane, au lieu de se faire au point voulu, a commencé trop en arrière et n'a pas laissé entre le repli pré-anal et le repli post-anal un espace suffisant, pouvant ainsi conditionner toutes les modalités entre le rétrécissement léger de l'anūs jusqu'à l'atrésie. La dépression anale pourra cependant présenter tout ou partie de ses caractères morphologiques normaux. Il pourra s'y développer un sphincter externe, puisqu'il prend naissance dans les bourrelets péri-anaux, de formation autonome.

La cloison cloacale, dans sa descente tardive rencontre un périnée déjà formé. Son bord inférieur, bord antérieur du rectum ne peut pénétrer le bourrelet pré-anal dont la trans-

formation est complète et arrêtée. L'orifice rectal, s'allongeant au-dessus du pont périnéal, vient s'ouvrir à la partie postérieure de ce qui reste du sillon urogénital (Vestibule). L'anus vulvaire est dès lors constitué.

Si l'on veut maintenant pénétrer plus intimement le phénomène, et chercher la cause immédiate et efficiente de telle prolifération anormale, de telle désagrégation cellulaire incomplète, ou de tel retard ou arrêt de développement, nos moyens sont déficients, et l'observation fait place à l'hypothèse. Ce n'est pas ici l'étiologie précise d'une amputation congénitale par la striction d'un cordon ombilical ou d'une bride amniotique.

Pourquoi ici l'enfant normal, et là le monstre. Les deux spermatozoïdes étaient sans différences à nos yeux, même doublés de puissants instruments d'optique. Alors interviennent les faits d'observation mis en valeur par la statistique, et nous ne pourrions ici que répéter l'étiologie banale des monstruosité. La tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme, la consanguinité se retrouvent chez les ascendants, ou bien encore l'hérédité de similitude, plus plaisante à l'esprit, qui est porté à trouver presque normal qu'une mère à anus imperforé engendre une fille porteur d'une semblable infirmité.

Diverses statistiques, étudiées dans la thèse de Puech, de Montpellier, peuvent se résumer par les chiffres suivants :

Sur 238.500 naissances, on relève environ 38 atrésies anales, dont 3 compliquées d'anus vulvaire ce qui donne une proportion de 1 atrésie anale pour 6.000 naissances, et d'un anus vulvaire pour 80.000 naissances, ce chiffre étant faussé d'après nous, par ce fait que pour les cas d'atrésie anale le sexe est indifférent, tandis que l'anus vulvaire est l'apanage des enfants du sexe féminin.

---

## CHAPITRE II.

---

### De différents procédés opératoires

Si de tous temps le chirurgien a eu la main forcée pour le contraindre à intervenir en présence d'un enfant atteint d'imperforation anale simple, malformation qui provoque des accidents auxquels il faut remédier immédiatement en donnant cours au méconium, il n'en est pas de même dans le cas où l'atrésie anale est en quelque sorte compensée par un abouchement anormal du rectum en un autre point.

Ainsi l'on s'explique que l'opération de l'anus imperforé ait été pratiquée bien avant que l'on ait songé à corriger la nature dans le cas d'anus vulvaire. La timidité des chirurgiens était grande quand à ce genre d'intervention, et les insuccès d'Ambroise Paré qui écrivait en 1550 qu'il avait vu mourir tous ceux « auxquels il ouvrait le cul » ne pouvait qu'augmenter leur prudence.

Morgagni déconseillait l'opération, qui, outre le danger d'hémorrhagie, doublait, en ouvrant une nouvelle voie, l'incommodité au lieu de la réduire.

Schirurgius, de Dresde, en 1725 voyait l'incompatibilité de la guérison de la plaie avec la liberté d'évacuation.

Boyer de Paris, au commencement du siècle dernier déconseillait l'opération, disant que si même on arrivait par le périnée à découvrir l'ampoule rectale et à l'ouvrir, cet orifice dépourvu de sphincter doublerait l'incommodité de la voie ouverte à la vulve, et qui probablement ne se fermerait pas. Un auteur beaucoup plus moderne se montre plus optimiste

sur ce point. C'est Estor, de Montpellier, qui, croyant voir dans l'abouchement du rectum au périnée l'opération de Rizzoli, écrit en 1904 : « Par une incision périnéale on libère le rectum et on le fixe au périnée; l'orifice anormal à la vulve ne donnant plus passage à des matières fécales se ferme spontanément.

L'abouchement du rectum au périnée fut pratiqué dès 1631 par Fabrice de Hilden, puis par Schirurgius de Dresde, Lettson de Londres, Valle de Florence, au cours du XVIII<sup>e</sup> siècle par des procédés hasardeux, ponction au trocart, ouverture du périnée au bistouri sans hémostase, sans anesthésie, sans asepsie !

Des auteurs plus modernes ont laissé leur nom à des procédés mieux réglés. Les premiers, opérant en deux temps, ouvraient d'abord le rectum et tentaient ensuite de fermer la fistule large inter-recto-vulvaire par divers moyens, cautérisation chimique ou ignée et plus récemment suture. Tel est le procédé de Dieffenbach. D'autres chirurgiens voulurent en un seul temps ouvrir le nouvel anus et fermer l'ancien (Procédés de Martin de Lyon et de Vicq d'Azyr). Le nouvel anus était maintenu béant par une canule d'argent dont on augmentait progressivement le calibre. Rhéa Barton, pour empêcher le nouvel anus de se fermer, y introduisait chaque jour le doigt enduit de cérat. Chez tous ces auteurs, on retrouve la même préoccupation de créer un nouvel orifice assez large pour donner cours aux matières, mais une égale indifférence à l'égard de la restauration du périnée. L'opération se fait « en surface » dans la crainte bien légitimée d'ailleurs par la menace de l'infection péritonéale, d'aller léser et ouvrir le péritoine, maladresse qui à leur époque coûtait encore la vie à leur patient.

Nelaton, le père, en 1860, décrivit un nouveau procédé qui détailla la première *transplantation de l'anús au périnée*. Il devait être imité, et frustré de son droit d'invention par un Italien peu reconnaissant des soins donnés à son compatriote Garibaldi par le célèbre chirurgien. C'est Rizzoli de Bologne,

qui l'emploie et le décrit après un succès renouvelé 18 fois depuis. Il ne diffère de la technique de Nélaton que par la forme de l'incision périnéale, que ce dernier faisait cruciale. Voici donc ce procédé, avec la modification que lui apporte Rizzoli.

La malade est placée sur le bord d'une table, dans la position de la taille, et endormie. Des aides tiennent ses cuisses écartées et immobiles. Une première incision est faite, n'intéressant que la peau et le tissu cellulaire, depuis la fourchette vulvaire jusqu'à la pointe du coccyx. L'incision est alors poursuivie à travers l'aponévrose et le muscle transverse. Sur le guide d'un doigt introduit dans le rectum par son orifice vulvaire, on dissèque cet orifice, en ménageant les fibres musculaires qui l'entourent. La portion inférieure du rectum ainsi séparée des tissus voisins et du vagin se rapproche presque spontanément du coccyx.

L'extrémité postéro-inférieure du rectum est fixée par un point de suture à la région coccygienne.

Deux autres points à droite et à gauche fixent les côtés. Le périnée est alors refermé par quatre points de suture. Un pansement simple recouvre le tout. Le jour suivant, une dose d'huile de ricin produit une évacuation abondante, renouvelée le lendemain, sans inconvénient par la région opérée. (Nous verrons plus loin que l'opinion des auteurs plus modernes diffère en ce point quand aux soins consécutifs à l'intervention).

Broca, qui reprend cette technique, la règle ainsi, en lui conservant le nom de transplantation de l'anús au périnée.

*Premier temps.* — L'anús anormal est repéré à l'aide de quatre pinces de Kocher.

*Deuxième temps.* — Le périnée est fendu depuis la fourchette jusqu'au voisinage du coccyx.

*Troisième Temps.* — Incision circulaire du cône anal attiré avec des pinces placées à 6 mm. de l'orifice de façon à laisser une collerette de muqueuse éversée en dehors de l'orifice.

*Quatrième Temps.* — Dissection jusqu'à 5 ou 6 centimètres de hauteur, de façon à bien libérer le rectum, qui est alors abaissé vers la partie postérieure de l'incision périnéale.

*Cinquième temps.* — Suture à la soie de l'orifice anal à la plaie périnéale.

*Sixième Temps.* — Sutures profondes, recto-vaginales et péritonéales, à la façon d'une périnéorrhaphie. Soins consécutifs. On laisse une sonde vésicale, on constipe le sujet.

Delbet que nous citons plus loin en lui empruntant une observation, préconise le même procédé en insistant sur la libération minutieuse du rectum, sur le guide d'un doigt introduit dans son orifice, et sur la nécessité de ménager les tuniques de l'intestin. Il décrit la fixation du rectum dans l'angle de la plaie périnéale, temps qui selon lui n'offre pas de difficultés d'exécution. Enfin il conseille, après reconstitution du périnée, de fermer l'orifice vulvaire par quelques points de suture. Soins de propreté minutieux les jours suivants, et constipation des malades.

Marion qui règle très minutieusement le manuel opératoire de la transplantation de l'anús au périnée publie sa technique dans la thèse de Regnat

*Premier temps.* — *Fermeture de l'abouchement vulvaire anormal.* L'orifice anormal est obturé au moyen d'une suture en bourse ou d'un surjet fait avec un fort fil de soie dont on laisse pendre les deux chefs. On évite ainsi l'issue intempestive des matières fécales au cours de l'opération. D'autre part, ayant une prise solide sur le rectum on peut le disséquer sans y introduire le doigt comme le fait Rizzoli.

*Deuxième temps.* *Tracé de l'incision culanée circonscrivant l'orifice anormal, puis longeant le périnée sur la ligne médiane jusqu'au coccyx.* — A un millimètre environ des bords de l'orifice anormal, on trace au bistouri une incision en raquette à petite extrémité postérieure, et partant de cette extrémité une incision rectiligne médiane aboutissant à la pointe du coccyx

ou à son emplacement s'il est tronqué ou inexistant, ce point étant repéré avec l'index gauche. Cette incision est ensuite creusée graduellement et avec la plus grande prudence, d'abord au bistouri, puis avec un instrument mousse, voire avec le doigt, jusqu'à la découverte de l'ampoule rectale, qui bombe au fond de la plaie et se reconnaît à sa coloration blanc nacré.

*Troisième temps. Libération du rectum en commençant par la dissection de l'orifice anormal d'avec la paroi vaginale.* — C'est le temps le plus délicat. On tombe en général sur de tissu fibreux très dense. Il faut donc disséquer au bistouri avec précaution jusqu'au plan de clivage inter-recto-vaginal.

Il faut pousser cette libération très haut, en sectionnant, si besoin est, le releveur anal, et en refoulant le cul-de-sac de Douglas. Sur les côtés et en arrière, le décollement du rectum s'exécute avec la plus grande facilité. Il faut respecter autant que possible les nerfs et vaisseaux de l'intestin dont la conservation sera un des facteurs de la rapidité de la réparation.

*Quatrième temps. Abaissement et fixation du rectum mobilisé dans l'angle postérieur de la plaie périnéale.* — On amène le rectum dans sa position normale et on l'y maintient en saisissant les deux chefs du fil de soie fermant son extrémité. A ce moment, on sectionne l'extrémité du rectum supposée fibreuse, et on affronte cette section à la peau par un grand nombre de points à la soie, très rapprochés les uns des autres; cette partie étant offerte au contact inévitable des matières pendant la cicatrisation, d'où le danger d'infection compromettant la guérison per primam, et partant la continence de l'orifice.

*Cinquième temps. Périnéorraphie.* — Elle doit être soigneuse, avec fils profonds et coaptation exacte des surfaces cruentées, pour éviter toute solution de continuité, nid d'infection et source de fistule ultérieure. Le point de suture le plus antérieur

fera autant que possible la restauration de la fourchette vulvaire.

*Soins consécutifs.* — Constiper les malades pendant les jours suivants, et surveiller le pansement.

Jusqu'ici, tous ces auteurs n'ont considéré que le cas où ils avaient à intervenir sur une malformation intacte, c'est-à-dire où l'anus vulvaire existe seul, à l'exclusion de toute autre communication extérieure créée artificiellement.

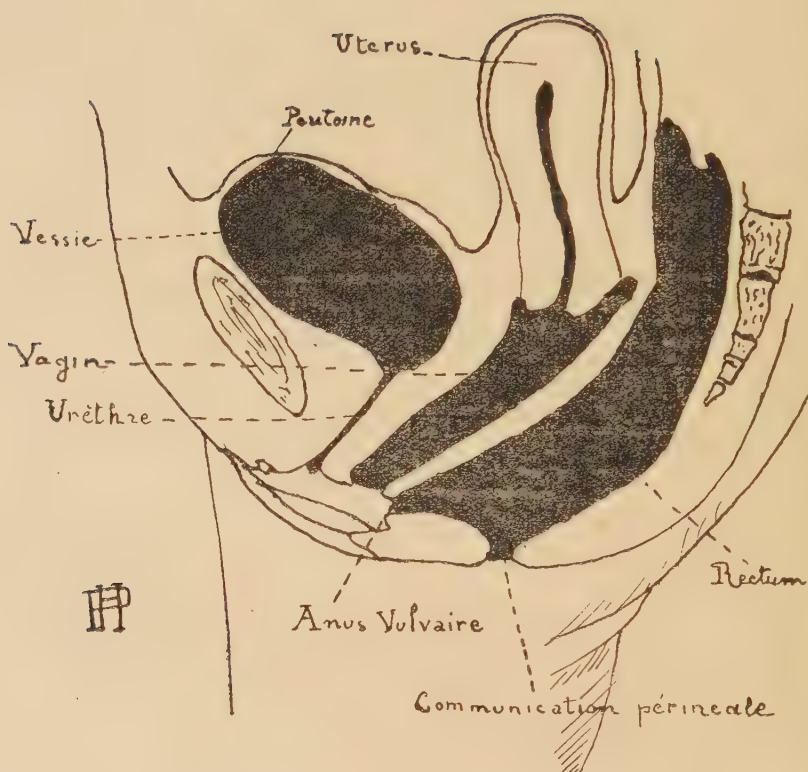
Seul, le professeur Delbet, dans une communication au XIV<sup>e</sup> Congrès de chirurgie, en 1901, présente le cas suivant, dont nous résumons l'observation :

« *Abouchement du rectum à la vulve. Anus périnéal.* — Malade  
« agée de 30 ans. L'accoucheur qui l'examina à sa naissance  
« remarqua une malformation de l'anus consistant en une  
« dépression borgne au niveau normal de l'anus; un périnée  
« très mince aboutissait à une commissure vulvaire laissant  
« apercevoir un orifice à bords frangés par où s'échappaient  
« les matières fécales. Par suite du fonctionnement défec-  
« tueux de cet anus anormalement placé, la famille accepta  
« une intervention qui fut la suivante. Laissant persister le  
« trajet et l'orifice anormaux, le rectum fut ouvert puis sutu-  
« ré à la peau au niveau de la dépression anale existante.  
« Le résultat fut d'abord idéal, esthétique et parfait au point  
« de vue fonctionnel. Mais à l'âge de 25 ans, l'anus périnéal  
« s'étant élargi, il y eut incontinence absolue des gaz, et  
« partielle des matières, selon leur consistance. Un prolapsus  
« rectal venait encore ajouter à l'horreur du tableau. Conduite-  
« à tenir : Rétrécir l'orifice anal soit par suture simple sous  
« muqueuse, soit après excision d'un triangle cutané muqueux  
« à base anale? Le résultat eut été incomplet et passager —  
« Opérer le prolapsus par coccyrectopexie? L'incontinence  
« n'en eût pas été améliorée — Fermer l'orifice anal et trans-  
« porter l'orifice vulvaire en bonne place? C'est l'opération  
« qui fut pratiquée le 5 mars 1901. »

« Anesthésie à l'éther. Incision circonférentielle de la  
« muqueuse de l'anus périnéal. Décollement du rectum d'avec  
« les parties molles et fermeture de la brèche intestinale à ce  
« niveau, laissant la brèche cutanée ouverte. En avant  
« de l'orifice vulvaire du rectum, incision transversale médiane  
« longue de 5 centimètres, concave en arrière. Décollement  
« soigneux entre la muqueuse rectale et la muqueuse vagi-  
« nale, à une profondeur de 5 à 6 centimètres. Périnéorraphie  
« à l'aide de deux fils d'argent passés profondément. Sec-  
« tion du pont périnéal qui séparait l'anus vulvaire de la brèche  
« cutanée où siégeait l'anus artificiel. L'anus vulvaire est  
« alors ramené en arrière et suturé à la peau en position nor-  
« male. »

« Suites opératoires. — La malade fut constipée pendant  
« six jours puis purgée le septième sans succès. L'anus dut être  
« débridé en une nouvelle intervention et la malade guérit  
« rapidement avec un anus continent pour les matières, mais  
« non pour les gaz. »

---



Coupe sagittale d'un Sujet atteint  
d'Anus Vulvaire (Schématique)

## CHAPITRE III.

---

### Discussion des méthodes précédentes Choix d'un procédé

Après avoir passé en revue ces différents procédés, nous pouvons aisément les ranger en deux types distincts. L'un comprend les interventions palliatives, laissant subsister l'infirmité congénitale, et comme le disait Boyer, en doublant les inconvénients. Dans l'autre nous comprendrons les opérations curatives, détruisant d'une part la communication anormale, et créant un anus en bonne place, en y abouchant l'extrémité d'un rectum préalablement dégagé de ses connexions vicieuses. Cette opération rationnelle fondera ses espoirs sur les données embryologiques énoncées plus haut. En effet, dans certains cas, il est permis d'espérer en l'existence d'un sphincter externe dans la région où l'on se propose de transplanter l'anus, puisque, nous l'avons vu, cette région peut avoir, dans son développement individuel, une formation normale à côté des perturbations recto-vaginales.

L'intervention palliative, type Vicq d'Azyr peut être commandée par la nécessité d'agir vite, chez un sujet en bas âge, et dont l'ouverture anormale vulvaire est insuffisante pour l'évacuation des matières. Elle remédie aux accidents qui résultent d'une évacuation difficile ou quasi-impossible, et qui se traduit par le ballonnement du ventre, le mauvais état général, les vomissements, symptômes stercorémiques. Mais le plus souvent on arrive au résultat suivant : L'enfant qui grandit, perd ses matières par les deux orifices, et se trouve

constamment souillée, infirmité répugnante pour elle-même et son entourage. Si donc l'orifice vulvaire est suffisant pour assurer une évacuation normale, mieux vaut laisser tout en état que de pratiquer un second orifice. Les malades avec des soins de propreté arrivent à tolérer assez bien leur infirmité. Certaines même, grâce à la continence de cet orifice, et aussi à une certaine ignorance de l'anatomie normale n'apprennent leur infirmité que lorsqu'un accoucheur s'en aperçoit et la leur dévoile. D'autres sans vivre dans la même innocence, arrivent à la dissimuler même à leurs plus intimes. Telle est la malade de Boyer, dont l'observation très gauloise est rapportée en latin : « *Nunquam ejus amantes fœdam conformationem suspectaverunt; quanquam cubarent cum ea, nunquam un coilu penem infectum fœcibus viderunt; vulvam osculabantur et nullum odorem sentiebant; aliquoties in vulvam linguam immiserunt et nunquam illa fœces gustavit.* »

En présence d'une infirmité intacte, le chirurgien décidé à opérer une malformation gênante pour la femme, surtout dans son avenir d'épouse et de mère devra, nous semble-t-il, adopter la technique de Marion, reproduite plus haut. Il nous semble bon toutefois d'en indiquer un inconvénient, auquel la modification apportée par le docteur Rocher, notre maître, remédie en partie.

En effet, l'incision circonscrivant l'orifice anormal vulvaire provoque un délabrement assez grand de la fourchette, dont la restauration au moment de la suture finale nous semble précaire, et l'avenir fonctionnel insuffisant, en vue des accouchements ultérieurs.

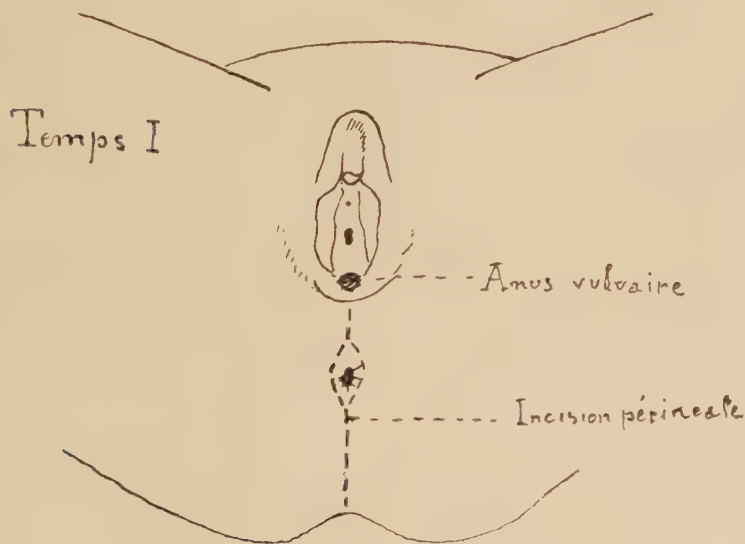
Pourquoi, comme le fait le professeur Rocher, ne pas commencer l'incision en arrière de la fourchette, aller à la recherche du rectum, le sectionner sur *place* et suturer l'orifice vulvaire par un double surjet adossant solidement les parois muqueuses? L'opération peut ensuite être poursuivie selon la technique ordinaire de Marion, et la vulve est intacte.

Si maintenant nous nous trouvons en présence comme chez nos deux malades d'une infirmité déjà modifiée par l'ouver-

ture du rectum au périnée l'intervention sera plus compliquée. Delbet, que nous citons plus haut, ferme l'orifice rectal, périnéal, puis pratique la transplantation de l'anus vulvaire au périnée. Cette méthode, selon nous, laisse place au danger d'une suture intestinale pouvant provoquer une cicatrice fibreuse, ou une solution de continuité, amorce d'une fistule.

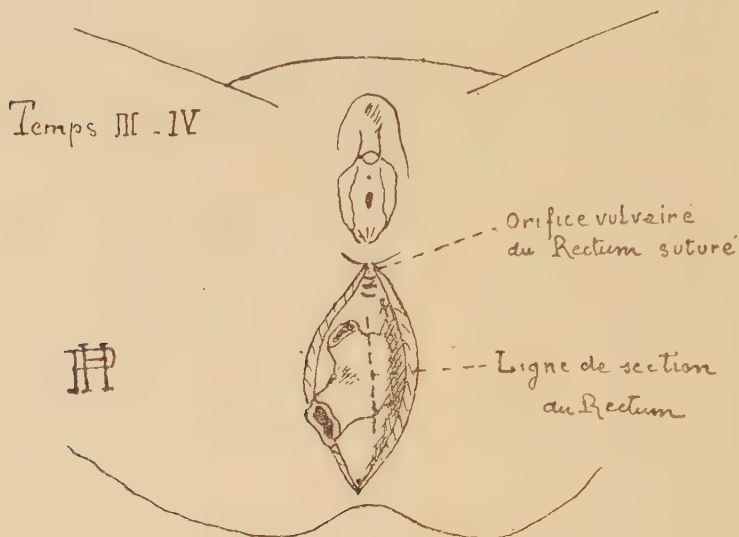
Si l'orifice périnéal n'est pas situé très en arrière, seule indication de la méthode précédente, il y aurait intérêt, selon nous, à pratiquer l'opération suivante, employée par M. le Pr agrégé Rocher sur la malade qui fait l'objet d'une de nos observations.

*Premier temps.* — Incision circonscrivant l'orifice périnéal du rectum et continuée en ligne droite sur la ligne médiane jusqu'à la pointe du coccyx.



*Deuxième temps.* — Dissection du rectum et libération à l'aide d'un instrument mousse sur les côtés et en arrière. En avant, on tombe sur la communication recto-vulvaire que l'on sectionne aux ciseaux, avant de continuer le décollement inter-recto-vaginal.

*Troisième temps.* — L'orifice anormal vulvaire est fermé par la plaie périnéale, au moyen de deux sutures en bourse au catgut, qui refoulent du côté vagin les lèvres de l'orifice de communication, adossant les surfaces cruentées l'une contre l'autre.



*Quatrième temps.* — Le rectum est sectionné juste au-dessus des orifices de communication vulvaire et périnéal, et la tranche de section amenée à la commissure postérieure de l'incision périnéale où on la suture avec des crins assez rapprochés.

*Cinquième temps.* — Le périnée est refermé par des fils d'argent passés dans la profondeur, et des tubes de Galli.

Il est à noter que la fourchette vulvaire, le vestibule du vagin ne subissent ainsi aucun dommage. En somme, on réalise la transplantation au périnée du rectum sectionné, au dessus de son double ébauchement vulvaire et périnéal, et ces deux orifices disparaissent en même temps. Mèche dans le rectum.

Considérons maintenant les soins consécutifs tels que les ont compris tous ceux qui se sont attachés à opérer l'anus vulvaire.

Primum purgare, et le lendemain quarante grammes d'huile de ricin précipitaient la débâcle intestinale sur les sutures de la veille, « sans inconvénient, dit Rizzoli, pour la région opérée ». Grâce d'état sans doute.

Des chirurgiens plus modernes, faisant mention dans leur technique des soins consécutifs à appliquer, se résument tous en cette indication : Constiper le sujet les jours suivants. Si nous attendons pour rétablir les selles que la cicatrisation soit achevée, une longue semaine peut se passer, durant laquelle la malade s'intoxique, condition défavorable pour une guérison rapide. De plus, les matières rendues après plusieurs jours d'accumulation, risqueront à la première selle, de léser un anus encore fragile par leur volume et leur consistance. Cette thérapeutique nous paraît donc un peu désuète et constituer un pis-aller, et nous allons indiquer une méthode plus moderne dont, nous l'espérons, les avantages seront compris sans peine.

Nous voulons parler de l'*Anus iliaque préalablement pratique*. L'inocuité actuelle de l'opération de l'anūs iliaque a amené M. le Pr Rocher à en pratiquer un sur l'un de nos sujets avant que d'entreprendre une intervention sur sa région ano-génitale. Nous proposerons de suivre une pareille méthode dans le cas d'opération curative de l'anūs vulvaire, de même que tout abaissement du rectum pour néoplasme de cet organe comprend actuellement l'anūs artificiel comme temps préliminaire. Cette première intervention devra être pratiquée dans un double but : 1<sup>o</sup> Elle permettra, pendant les jours qui précèdent l'opération, par des lavages abondants dirigés de haut en bas, d'assurer l'évacuation complète, et l'aseptie aussi parfaite que possible du bout terminal du rectum. Le chirurgien interviendra sur la région ano-recto-vaginale dans les conditions les plus favorables, sans le risque de voir brusquement le champ opératoire envahi par les matières au cours de l'intervention, sous une poussée diaphragmatique. 2<sup>o</sup> Les suites opératoires, en seront simplifiées, la cicatrisation pouvant être parfaite avant que le cours normal des matières

ne soit rétabli, et cela sans constiper la malade, et sans modifier son alimentation, conditions des plus favorables pour un rétablissement rapide. L'anus iliaque est ensuite refermé en un troisième temps, quand le chirurgien le trouve opportun. L'inconvénient de ces trois interventions que l'anesthésie régionale diminue d'ailleurs, est largement compensé croyons-nous, par les plus grandes chances de succès que donne l'intervention ainsi comprise, et qui laisse à tout moment le chirurgien maître de la situation.

---

## OBSERVATIONS

---

### Observation I

Louise P..., 13 ans.

Entrée le 8 septembre 1922.

Aucun renseignement sur la malade. Assistance publique.

*Etat actuel.* — En position obstétricale, on constate que l'anüs, en position normale paraît rétréci. De plus l'existence à ce niveau de cicatrices paraît indiquer que l'enfant a dû subir une intervention sur cette région. Quelques matières sortent par cet orifice. Toucher rectal impossible, l'orifice n'admettant même pas l'extrémité du petit doigt. Le sphincter paraît inexistant. Par contre les matières s'écoulent avec plus d'abondance par le vagin.

*Toucher.* — Au niveau de la partie postérieure de la vulve, dans la portion vestibulaire, au-dessous de l'hymen d'ailleurs épaissi, on trouve un orifice donnant accès dans le rectum, et assez large pour admettre le pouce. Un instrument introduit par le rectum ressort facilement à la vulve, soulevant un périnée assez épais. Il s'agit donc d'une communication entre la vulve et le rectum, d'un véritable cloaque. Peut-être existait-il de plus à la naissance une imperforation anale, et les cicatrices péri-anales seraient les témoins d'une intervention.

*L'examen au spéculum* permet de voir la communication. Le coccyx est saillant en arrière et comme tronqué. On ne note pas d'autres déformations du squelette. Cependant ostéomyélite costale gauche cicatrisée.

*Le 13 septembre 1922.* — On pratique un anus iliaque gauche. Incision en dedans de l'épine iliaque. Dissociation aux ciseaux des di-

vers plans musculaires en suivant des lignes perpendiculaires deux à deux. Incision du péritoine. On profite de cette laparatomie pour aller voir avec des valves l'état des organes génitaux. Utérus et annexes sont normaux et bien en place.

On amarre alors le colon iliaque. Une tige de verre passée dans le mésentère appuie par ses extrémités sur les bords de la plaie cutanée. La paroi intestinale est suturée au péritoine et aux muscles adjacents par trois points de catgut 00. On ferme l'incision musculaire et aponévrotique au-dessus et au-dedans de l'anse herniée. Crins pour la peau. Aux deux extrémités de la tige de verre on applique un tube de caoutchouc perpendiculaire à l'axe de la tige pour éviter son échappée. Pansement.

*Le 15 septembre.* — Ouverture de l'anse au thermocautère.

*Le 5 octobre.* — On constate que les matières ne passent plus par l'anus iliaque, mais sont rendues par l'orifice siégeant au niveau de l'anus et par la fistule recto-vaginale.

*Le 6 octobre.* — On place un gros drain dans le bout afférent de l'anus iliaque. La malade, constipée dans les jours précédents, fait maintenant de la diarrhée.

*Le 13 octobre.* — Anesthésie à l'éther. L'anus artificiel étant progressivement rétracté, les matières passaient aussi bien par la fistule recto-vaginale que par l'anus artificiel. En conséquence, après avoir purgé à deux reprises la malade, l'avoir lavementée et irriguée avec du sérum chaud, on tente le repêchage. On commence par instituer une collerette cutanée autour de l'anus artificiel. On en suture les bords par-dessus l'anus, de façon à le fermer pour éviter toute infection lors de l'ouverture du péritoine. Ceci fait, on décolle à la spatule les tissus cicatriciels adhérents à l'anse herniée et progressivement on arrive jusqu'au péritoine. On passe alors une pince dans le mésentère qui ramène un tube de verre. On fixe par plusieurs points l'anse herniée au péritoine et aux muscles de la paroi abdominale avec du catgut O. On suture ensuite la peau aux crins.

*Le 12 novembre.* — Rachianesthésie à la syncaïne. Le sujet ayant été préalablement lavementé, irrigué et désinfecté dans toutes la partie inférieure de son intestin on incise circulairement la peau du périnée en collerette autour de l'orifice périnéal du rectum. Cette incision se termine par une ligne droite aboutissant au coccyx.

A partir de cette incision, le rectum est découvert et libéré sur les côtés et en arrière. On tombe ainsi sur la fistule recto-vulvaire que l'on sectionne. Son orifice vulvaire est immédiatement fermé par une double suture d'enfouissement.

Le rectum libéré est sectionné au-dessus de ses deux orifices, et amené à la commissure postérieure de la plaie où on le fixe.

A ce moment, malgré les soins pris auparavant deux scyballes sont découvertes dans le rectum. On les en extrait, on lave à l'éther, et le chirurgien et ses aides changent de gants.

L'extrémité du rectum est alors fixée à la peau par des points séparés au catgut.

Le périnée est suturé par des crins passés profondément en double et chevauchant des bourdonnets de gaze, pour éviter les sections des téguments. Suites opératoires normales.

Au premier pansement on constate que le catgut trop tôt résorbé a laissé un petit défaut de coalescence à la partie antérieure du nouvel orifice anal. De plus, celui-ci est de dimensions un peu grandes, et M. le professeur Rocher se réserve de le diminuer ultérieurement avant de rétablir le cours normal des matières.

## Observation II.

Andrée D..., 13 ans.

Entrée le 17 octobre 1922 dans le service de M. le professeur agrégé Rocher.

*Antécédents.* — Née à huit mois et demi, nourrie au sein.

L'enfant présentait à sa naissance une imperforation de l'anus avec fistule recto-vaginale..

A quatre mois et demi le docteur Codet Boisse pratique une incision périnéale, établissant ainsi une communication entre le rectum et l'extérieur. L'enfant a toujours été très constipée. Selles irrégulières, espacées de 4, 5 et même 15 jours. Peu d'appétit, ventre douloureux.

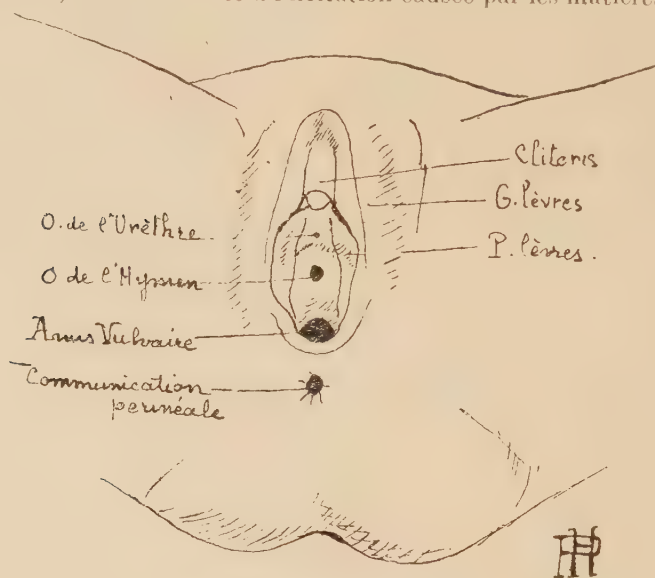
Il y a deux ans, la mère présente l'enfant au Docteur Rocher qui discerne un mégacôlon. Il prescrit des lavements fréquents et des purgations renouvelées de temps en temps. L'enfant vide alors son intes-

lin deux fois par semaine, mange mieux et souffre moins. Elle se plaint cependant de maux de tête.

Actuellement, à l'examen du périnée, on constate la présence d'un orifice anal admettant à peine le petit doigt. L'orifice vulvaire du rectum n'est guère plus grand, et tous les deux sont continuellement souillés par les matières.

Entre les deux orifices un faible pont tégumentaire s'étend entre les deux plis génito-cruraux. Le ventre est ballonné, l'ombilic saillant.

La vulve présente de grandes lèvres à peine esquissées, un clitoris volumineux et deux petites lèvres bien développées et d'une couleur framboisée, due sans doute à l'irritation causée par les matières.



L'hymen intact, porte un orifice central circulaire de petite dimension.

A la palpation, le coecyx paraît atrophié, et la radioscopie, confirme cette impression, montrant de plus des vertèbres sacrées, tassées et déformées, leur direction étant déviée par rapport à celle du reste du rachis. Les trous sacrés sont déformés.

La malade présente de plus un arrêt de développement dans la fermeture de sa fontanelle postérieure, qui se laisse déprimer. Même lacune dans sa région fronto-pariétale droite.

Strabisme interne bilatéral, avec nystagmus perpétuel horizontal intelligence réduite.

## CONCLUSIONS

---

I. L'anüs vulvaire, malformation congénitale consistant en l'abouchement anormal du rectum à la vulve, avec imperforation anale, a son origine dans des troubles de cloisonnement du cloaque survenant vers la fin du deuxième mois de la vie de l'embryon.

II. Cette infirmité est curable.

III. Les méthodes de simple stomie du rectum au périnée sont insuffisantes, et doivent être mises de côté, sauf dans le cas d'urgence de l'insuffisance fonctionnelle de la fistule recto-vulvaire.

IV. La transplantation de l'anüs au périnée est la méthode de choix. Elle peut se faire par abouchement simple de l'anüs vulvaire au périnée (opération de Marion) ou par transplantation du rectum après fermeture de l'anüs vulvaire, ce dernier procédé nécessitant la résection d'une partie minime du rectum et étant particulièrement indiqué dans les cas déjà opérés par stomie périnéale de l'ampoule rectale.

V. L'anüs iliaque semble devoir être conseillé comme temps préliminaire, de manière à faciliter les suites opératoires de la dissection du rectum et de son nouvel abouchement.

Vu : Bon à imprimer,  
*Le Président de thèse,*  
D<sup>r</sup> DENUCÉ.

Vu:  
*Le Doyen,*  
D<sup>r</sup> C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :  
Bordeaux, le 11 décembre 1922  
*Le Recteur de l'Académie,*  
R. THAMIN

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Broca (P.).** — Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie, 1892  
t. 5. p. 300-309.

— *Leçons cliniques de chirurgie infantile*, Paris, 1902.

**Delbet (P.) et Le Dentu.** — *Traité de chirurgie clinique et opératoire*.  
t. XXVIII.

**Ducuron.** — Les malformations congénitales du rectum. Thèse de  
Bordeaux, 1889.

**Estor.** — *Guide pratique de chirurgie infantile*.

**Etienne.** — Du traitement de l'anüs vulvaire. (*Thèse de Nancy*, 1890).

**Galtier.** — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1903.

**Kirmissor.** — *Précis d'Embryologie*.

**Keibel et Nall.** — *Manual of human embryology*.

**Kallmann.** — *Handallas des Entwicklungsungs geschichte der Menschen*.

**Marion (G.).** — *Manuel de technique chirurgicale*.

**Martin (P.).** — Contribution à l'étude des anus vulvaires. (*Thèse de*  
Paris, 1906).

**Piéchaud.** — *Précis de chirurgie infantile*.

**Regnat.** — Contribution à l'étude de la transplantation de l'anüs au  
périnée. (*Thèse de Paris*, 1904).

**Retter.** — *Sur l'origine et l'évolution de la région anogénitale chez les*  
*mammifères*.

**Rizzoli.** — *Clinique chirurgicale*. (Trad. Andreini).

**Tourneux.** — *Précis d'embryologie humaine*.

---







